

市 記 入 欄	保険診療等の 一部負担額	控 除 額 附加給付額	自己負担金 (控除額)	支 給 額	備 考	
	円	円	円	円	(病名)	
	附加給付額の算定					
	市町村民税課税状況		課 税 ・ 非 課 税			
受 給 者 記 入 欄	重度障害者(児)医療費助成金支給申請書 年 月 日 伊豆の国市長 宛 住所 受給者 氏名					
	受給者証番号	第 号	加入 医療 保険	記 号		
				番 号		
				保 険 者 名		
受診者名	氏 名	年 月 日生		附加給付	有 無	
医 療 機 関 等 記 入 欄	保険診療等領収書					
	保険診療による 一部負担額	※			円	
	訪問看護療養費 基本利用料等	※			円	
	計					
	※ 診療期間 年 月 日から 年 月 日まで 入院 有・無 (年 月 日から 年 月 日まで) 年 月 日 所在地 医療機関等 名称 代表者名 印					

(注) ※印欄は医療機関等が記入してください。